

## **La Historia Clínica: marco legal e importancia**

Ab. Esp. Agustín Carignani<sup>1</sup>

El presente artículo tiene como objeto analizar los puntos más relevantes de la Ley Nacional n° 26.529<sup>2</sup> que regula los derechos de los Pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de salud; y más precisamente, nos enfocaremos en la Historia Clínica como contracara del Consentimiento Informado, tema que ya se abordó en la edición anterior.

La sanción de la Ley n° 26.529 y su adecuación a la administración de las instituciones ha generado en algunas de ellas, la necesidad de revisar y reorganizar estos documentos. Sin embargo, su instauración tanto en las instituciones sanatoriales como en los consultorios médicos es esencial toda vez que la misma reviste el carácter de orden público (art. 23) y tanto su desconocimiento como su violación tienen consecuencias jurídicas que pueden llegar a ser dirimentes en un proceso judicial.

La Ley da un concepto de la Historia Clínica como el documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud. La definición que nos da la Ley (art. 12) nos está adelantando su naturaleza, qué debe contener y cómo se debe llevar. En términos generales, en aquellos sistemas cerrados o informatizados, el médico o auxiliar de la salud tiene menos dificultades al momento de llenar una Historia Clínica, porque es el propio sistema el que va indicando los campos que se deben llenar y en la mayoría de los casos, no les permite avanzar sin haber completado todos y cada uno de estos requisitos. Sin embargo, los mayores problemas se presentan en aquellas instituciones o consultorios médicos que son de menor envergadura y aún no han incorporado un sistema electrónico de Historia Clínica, en los cuales los profesionales médicos y los auxiliares deben conocer a la perfección esta norma legal para evitar cualquier responsabilidad futura.

La ley (art. 13) determina que la Historia Clínica puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma. Se prevé además, el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica para asegurar su integridad.

Se establece además que la titularidad de la Historia Clínica es del paciente y que éste puede requerirla a su sólo requerimiento. Se establece asimismo que lo que se le entrega al paciente debe ser autenticada por autoridad competente.

La Ley también determina los asientos o requisitos que debe contener. Lo determina en los siguientes términos: "... en la historia clínica se deberá asentar:...". Es importante destacar en este punto que la ley es categórica en el término que elige "deberá"; y si tomamos en cuenta que la Ley que así lo impone es de carácter público, fácilmente concluimos que de no cumplir con estos asientos, no estamos hablando de historia clínica, sino "de algún otro documento".

---

<sup>1</sup> Abogado (UNC). Especialista en Derecho Sanitario (FIOCRUZ/Brasil); Diplomado en Derecho a la Salud (UNC); Diplomado en Instituciones Profundizadas del Derecho de Trabajo (UNTREF). Profesor Invitado en la asignatura Aspectos Jurídicos Procesales del Derecho a la Salud (UNC). Abogado –por concurso– del Ministerio de Salud de Córdoba. Premio al mejor artículo científico publicado en CADERNOS Ibero-americanos de Direito Sanitário 2013. Maestrando en Salud Pública (tesis pendiente). Email: agustincarignani@gmail.com

<sup>2</sup> Ley n° 26.529 sancionada en octubre de 2009 y promulgada en noviembre de 2009.

Se establece también los documentos que deben estar en la historia clínica como los consentimientos informados que muchas veces están desglosados de la foja médica, las indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los estudios y prácticas realizadas.

Otra cuestión esencial que prevé la ley, es el carácter de depositario que le otorga a los establecimientos asistenciales y a los profesionales de la salud. Éstos tienen a su cargo la guarda y custodia y se debe evitar el acceso a la información contenida en la misma por personas no autorizadas. La obligación de custodia rige durante el plazo mínimo de diez (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Es importante conocer que dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y se podrá disponer de dicho instrumento en los términos del art. 18 del Decreto 1089/2012<sup>3</sup>.

La Ley también establece que los incumplimientos de las obligaciones que impone la mencionada normativa por parte de los profesionales e instituciones sanatorias, constituirán faltas graves.

En un fallo muy anterior a la sanción de la Ley que ahora analizamos, la jurisprudencia argentina ya entendió que “la historia clínica no es el simple relato, la decisión de una enfermedad aislada, comprende además el comentario, las consideraciones del médico al terminar de analizar al enfermo y valorar los datos recogidos según su criterio; debe ser clara, precisa, completa y metódicamente realizada. Y su confección incompleta constituye presunción en contra de la pretensión eximitoria del profesional”<sup>4</sup>. Y de allí también su importancia.

### **Importancia de la Historia Clínica:**

Planteado el marco legal, ahora nos avocaremos en resaltar brevemente la importancia jurídica de este instrumento.

Coincidimos con Albamonte<sup>5</sup> en cuanto al doble carácter que se le dá a este instrumento. Por un lado, permite a los profesionales contar con todos los datos del paciente, de su enfermedad, de los estudios realizados, tratamientos, intervenciones, etc. Además, existe otro aspecto y es el carácter de elemento probatorio de primera magnitud en un proceso judicial.

Sánchez Gomez<sup>6</sup> enseña que la importancia de la Historia Clínica “en definitiva, ... además de constituir un importante complemento del deber de informar, posee un indudable carácter instrumental respecto a la prestación de asistencia médica”.

De la Vega, haciendo un análisis aún más profundo también señala que “la confección misma de la historia clínica es muy importante, pues hay que tener en cuenta que otras personas que acceden a este documento no son médicos, más aún quien finalmente dictaminará, en una controversia o investigación penal, es precisamente una persona no médica, por lo tanto es necesario que tengamos presente la posibilidad real del impacto subjetivo que causará a dichas personas, quienes aún inconscientemente harán un

---

<sup>3</sup> Se trata del Decreto reglamentario de la Ley 26.529 de fecha 05/07/2012.

<sup>4</sup> Conf. Cám. Civ. y Comercial de San Nicolás, 24/03/94 en autos “Romang Ciuzza, Ramona c/ G.L. Jurisprudencia Argentina, semanario del 15/03/1995.

<sup>5</sup> ALBAMONTE, Julio. Importancia de la documentación médica. Disponible en: [http://www.segurosmedicos.com.ar/articulos/seguros\\_medicos-importancia\\_de\\_la\\_documentacion\\_medica.pdf](http://www.segurosmedicos.com.ar/articulos/seguros_medicos-importancia_de_la_documentacion_medica.pdf) [Consultado el 20/02/2017].

<sup>6</sup> SÁNCHEZ GOMEZ, Amelia. Contrato de Servicios Médicos y Contrato de Servicios Hospitalarios. Editorial Tecnos, Madrid, 1998, p. 89.

primer juzgamiento a priori de la posible personalidad de quienes hayan intervenido en su confección, sin que eso signifique que sean grafólogos eruditos, cuando se observa cualquier manuscrito sucede así, no sólo por las formas grafológicas sino por el tipo de redacción la sintaxis, etc., se forma ineludiblemente una personalidad del autor sea finalmente cierta o no, pero que contribuye a inclinar la balanza en uno u otro sentido<sup>7</sup>.

La mayoría de la jurisprudencia falla en contra del profesional en caso de irregularidades en la Historia Clínica. Lorenzetti, afirma que se ha llegado a afirmar que la falta de datos en la historia clínica, que es un recurso que muchas veces conduce a la imposibilidad de probar, constituye una violación al deber de colaboración procesal y conduce a un análisis desfavorable de la conducta del demandado<sup>8</sup>.

Kemelmajer de Carlucci coincide con Lorenzetti en cuanto a que la prueba presuncional juega un rol importante, sobre todo, cuando se la extrae de una historia clínica mal llevada, o prácticamente inexistente<sup>9</sup>.

Con todo lo hasta aquí apuntado, podemos concluir que llevar una historia clínica ordenada, completa y clara reviste un doble carácter fundamental. Por un lado práctico por cuanto cualquier otro profesional que continúe con el paciente tendrá conocimiento de las patologías que lo afectaron y por tanto podrá tener mayores elementos de decisión. Por el otro, como herramienta fundamental para resguardar los actos médicos y la responsabilidad profesional. La historia clínica es un documento fundamental de prueba, y así es revisado por la jurisprudencia cordobesa al momento de resaltar “la característica de prueba fundamental”<sup>10</sup>.

En este marco, resulta ineludible pensar en un sistema informático o no, que cumpla con los extremos legales impuestos, pero además, que lo haga de manera clara, concisa y completa no sólo porque es un documento del paciente, sino además, porque ello resulta de fundamental importancia a la hora de juzgar el acto médico, precisamente, por profesionales no médicos.

---

<sup>7</sup> DE LA VEGA, Enrique. La historia clínica: el ABC del acto médico. Publicado en Revista del Colegio Médico de Rosario, n° 45, mayo de 1993.

<sup>8</sup> LORENZETTI, Ricardo L. Responsabilidad civil del médico y establecimientos asistenciales” en: Derecho de Daños. Edit. La Rocca, 1989 p. 527.

<sup>9</sup> KEMELMAJER DE CARLUCCI, Aída. Últimas tendencias jurisprudenciales en materia de responsabilidad médica. J.A. del 03/06/92.

<sup>10</sup> Fallo de Cámara 6a de Apelaciones Civil y Comercial. Publicado en La Ley: LLC (2009) 322. Cita online: AR/JUR/618/2009.